



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF



# KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN

D E N V D K

## Voorwoord van de voorzitter

Deze Kortom verschijnt nog juist op tijd om aandacht te geven aan de beleidsdag van de NVDK op dinsdag 25 juni aanstaande. De NVDK heeft enkele malen in haar bestaan de gelegenheid genomen om te reflecteren op haar beleid en tot plannen voor de daaropvolgende jaren te komen.

### Het laatste beleidsplan is al weer 'verlopen' en heeft herziening.

Het NVDK bestuur heeft nu enkele essentiële vragen over de rol, de meerwaarde van de NVDK naar de toekomst en het daaruit voortvloeiende beleid. Er is in de afgelopen jaren veel goeds gebeurd, maar hoe verder? Voor wie moet onder meer de NVDK er zijn en met welk doel, gericht op de komende jaren, tegen de achtergrond van wat er bereikt is voor dagbehandeling en kortverblijf? Maar vooral gericht op actuele en toekomstige ontwikkelingen in het zorglandschap en op het gebied van patiëntgerichtheid, kwaliteit, veiligheid, politiek, economie, sociale veranderingen en technologie. Voor deze beleids sessie waarvoor leidinggevenden uit de 'NVDK ziekenhuizen' zijn uitgenodigd, is gekozen voor een speciale werkvorm, waarin alle aanwezigen op bijzondere wijze geprikkeld gaan worden. Om samen na te denken over de mogelijkheden. Hier ziet u (nog eens) de aankondiging:

### Heidag 25 juni 2013

Reclamebureaus spelen in alle realiteitszin met oog voor detail, creatief in op behoeften, zijn trends voor of ontwikkelen deze naar hartenlust.

En dat is wat we samen met jullie willen doen op 25 juni. Binnen de grenzen van onze werkelijkheid over de (eigen) horizon kijken. Kijken naar wie we zijn en wat we willen.

Onder leiding van regisseur Peter van Aar en producer Dorette Ploegmakers, een artistiek duo van P.A. Producties/ P.A. Assistance: een bedrijf dat zich bezighoudt met belevingscommunicatie, gaan we een vijftal zogenaamde 'Creative Displays' ontwikkelen waarbij we vanuit onze eigenheid en inzicht komen tot een toekomstbeeld en dito perspectief.

U verplaatst zich naar de wereld van uitdenken en vervaardigen. Wat een heerlijkheid om ongebreideld grenzeloos te mogen fantaseren en te komen tot een hagelnieuw(e) product/ advies/ dienst/ uitstraling die



*André Wolff, voorzitter*

ons in oorsprong terugbrengt naar de essentie.

Samen gaan we voor Trending Topic on Twitter #nvdk NVDK, hét Ontwerpbureau, met oog voor kwaliteit Nastreven Verzekeren Durven Kwalificeren

Wij hopen op een vruchtbare bijeenkomst en zullen de eerste bevindingen direct tijdens de ledenvergadering, die aansluitend plaatsvindt, terugkoppelen naar de leden.

Daarnaast is vermeldenswaard dat van 5 tot en met 8 mei het IAAS congres heeft plaatsgevonden in Boedapest. Er waren veel deelnemers en er was een groot aanbod aan zeer gevarieerde onderwerpen. Het NVDK bestuur was ruim vertegenwoordigd en er was ook veel Nederlandse inbreng bij de sessies. De NVDK was ook vertegenwoordigd bij de General Assembly, het platform waar alle deelnemende landen van de IAAS aanwezig zijn. Jan Eshuis is er bestuurslid en ik was aanwezig namens de NVDK. Interessant was daar onder meer de vergelijking tussen alle landen van de lokale omstandigheden, wetgeving, vergoedingssystemen en type zorg in Dagbehandeling en Kortverblijf. Met presentaties en discussie bleek dit onderwerp heel leerzaam te zijn. Reden om dit onderwerp ook terug te laten komen bij ons eigen congres, het 18e, op 13 november a.s.!

André Wolff  
Voorzitter NVDK

## Heidedag

Het doel van de Heidedag 2013 is om samen met leidinggevendenden te brainstormen over de toekomst van de dagbehandeling en kortverblijf afdelingen.

Tijdens deze Heidedag willen wij de volgende thema's bespreken:

- VMS (Veiligheid Management Systeem): dit is gestopt per december 2012. Speerpunten voor komende jaren zijn nu:
- Veiligheid gericht op Medicatie en Risicomanagement. Meldingen Incidenten Patiëntenzorg/Veiligheid Incidenten Melding (MIP/VIM): Op welke wijze is de veiligheid geborgd binnen de dagbehandeling en kortverblijf? Welke regierol heeft de patiënt en welke rol heeft de verpleegkundige daarbij. Accreditatie.
- Planning / Logistiek: Wat is leidend binnen de organisatie: OK of het beddenhuis? Kan door middel van LEAN Management, Six Sigma, TOC (Theory of Constraints) de bedbezetting worden verhoogd? Wie of wat is leidend hier in?

- Leiderschap: Vraagt aansturing dagbehandeling en kortverblijf een andere vorm van Leiderschap?

De Heidedag vindt plaats op:

Dinsdag 25 juni van 09.30 tot 12.30 uur.

Locatie:

Restaurant Congres- en Vergadercentrum

De Soester Duinen

Soesterbergsestraat 188

3768 MD Soest

Telefoon (035) 603 60 10

Voor meer informatie over de Heidedag kunt u contact opnemen met:

Sanne van den Biggelaar-van Wienen  
Ledenadministratie NVDK en congres NVDK  
Postbus 957  
5600 AZ Eindhoven  
Tel: 040-2117251  
Fax: 040-2134010  
E-mail: [nvdk@congresservice.nl](mailto:nvdk@congresservice.nl)

## 10e IAAS in Boedapest

### Het 10e Worldcongress on Ambulatory Surgery van de IAAS in Boedapest

De Hongaarse hoofdstad Boedapest bood van 5 tot en met 8 mei 2013 gastvrijheid aan de tiende editie van het tweejaarlijkse van de International Association for Ambulatory Surgery. De IAAS is de internationale koepelorganisatie van de nationale verenigingen van dagchirurgie en dagbehandeling als onze NVDK. De NVDK was in 1994 één van de medeoprichters van de IAAS. Sindsdien zijn er elke twee jaar wereldwijd congressen georganiseerd, waarvan velen van ons dat van 2007 in Amsterdam zich nog goed zullen herinneren. We gingen ook naar Brussel, Londen, Venetië, Genève, Sevilla, Brisbane, Boston en Kopenhagen. Voor in uw agenda: in 2015 gaan we naar Barcelona.



Dit jaar was het dus Boedapest, de prachtige stad, vol keizerlijke historie aan de Donau. In die meidagen was het weer er heerlijk, wat de Nederlandse delegatie na het vreselijke voorjaar hier (“elk voorjaar hep se na-jaar”, om Cruijff te parafaseren...) zeer kon waarderen. Onze delegatie bestond uit zeventien Nederlanders en nam daarmee op de 740 deelnemers een bescheiden middenpositie in. Beter dan menig buurland weliswaar, maar we konden niet tippen aan de Scandinavische landen en Australië; die landen waren massaal vertegenwoordigd, heel opmerkelijk. Eveneens opmerkelijk was de instroom vanuit nieuw deelnemende landen als India, China en Japan. Daar blijkt een enorme honger naar kennis te bestaan. De reeds actieve en net opgerichte verenigingen in die landen zijn hard bezig om daar de Dagbehandeling te promoten en van de grond te krijgen. Vooral China, dat pril is begonnen op dit gebied, timmert al flink aan de weg: ze willen dolgraag het congres in 2017 in Peking organiseren. Ondergetekende heeft op zijn eigen afdeling al eens in 2011 een Chinese delegatie mogen ontvangen, rondleiden en toespreken; het is duidelijk dat daar een grote potentie voor ontwikkeling ligt.

De Nederlandse delegatie heeft zeven presentaties verzorgd. Charlotte Voorbrood uit het Diakonessenhuis te Utrecht berichtte over het One Stop Visit Hernia Surgery-programma uit Utrecht waarin succesvol diagnose, voorbereiding én operatieve behandeling op één dag worden samengevoegd.



*Benedikt van Loo*

Benedikt van Loo, anesthesiemedewerker uit het AMC en ‘sedationist’, hield een voordracht over het zelfstandig sederen door patiënten met Propofol-Target Controlled Sedation voor gastro-enterologische en interventieradiologische stressvolle ingrepen en onderzoeken, dus zonder fysieke aanwezigheid van een anesthesioloog. Voor velen in dit internationaal gezelschap bleek dit een uitzonderlijk model, dat echter in Nederland met een grondige opleiding en begeleiding intussen goed is gesetteld.

Benedikt van Loo

Linda Oudejans en Piet Moerbeek uit het MCA Alkmaar lieten hun nieuwe wijze van patiënteninformatie zien: naast mondelinge en schriftelijke informatie wordt patiënten ook aanvullend voorlichting gegeven via een filmpje op het net. Dit is in te zien op [www.mca.nl/kids](http://www.mca.nl/kids) en [www.mca.nl/operatie](http://www.mca.nl/operatie). Het zijn heel instructieve en leerzame filmpjes.

Dr. André Wolff, onze voorzitter, gaf een lezing over de TOP-richtlijnen voor operatieve processen, toegepast op Dagchirurgie. TOP= Toezicht Operatief Proces is ingezet door de Inspectie om vermijdbare morbiditeit en mortaliteit rond operaties te verminderen. Als voorzitter van de commissie die de TOP-richtlijnen (TOP 1,2, en 3) heeft opgesteld, is Wolff als geen ander thuis in deze materie. De richtlijnen beogen de patiëntveiligheid te optimaliseren door het strikt in acht nemen van een aantal maatregelen tijdens de opname van de patiënt. De perioperatieve mortaliteit wordt in Nederland geschat tussen 1,5 en 3% te zijn, waarbij 80% van de incidenten te wijten is aan menselijke en organisatie- factoren. Standaardisatie van processen, nadruk op teamwork, duidelijke communicatie en naleven van stopmomenten zijn de



*Dr Marlies P. Schijven*

sleutelbegrippen bij de cultuuraanpassing die nodig is om de patiëntveiligheid, ook in de Dagchirurgie, te verbeteren.

Dr Marlies P. Schijven, voormalig NVDK-bestuurslid en chirurg in het AMC, is specialist op het gebied van moderne opleidingsmiddelen. Zij hield een lezing over de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van virtual reality simulation en serious gaming in de opleiding tot snijdend specialist. Een goede toepassing van deze moderne simulatietechnieken verkort de leercurve zowel op het gebied van de techniek van het opereren als van de communicatievaardigheden die in ons werk zo belangrijk zijn.

Ondergetekende, Jan Eshuis, zat als lid van het wetenschappelijk comité verscheidene sessies voor, en gaf twee lezingen, een over bouw en ontwerp van een Dagcentrum en een over de rol van de anesthesioloog in de organisatie van een succesvolle dagchirurgische praktijk. In de bouw van een Dagcentrum zijn duidelijk afgebakende fasen te onderscheiden waarbij telkens een sterke betrokkenheid van klinische en verpleegkundige deskundigen nodig is. De dagelijkse organisatie is het meest gebaat bij een gezamenlijke leiding van de hoofdverpleegkundige en een medisch specialist. Er zijn goede redenen om die medisch specialist een anesthesioloog te laten zijn, wat in deze lezing werd geïllustreerd.

Het stimulerende en leuke van een internationaal congres is uiteraard dat je allerlei visies van andere landen en samenlevingen leert kennen. Een groot aandeel in het programma hadden de Scandinavische landen, alleen al door hun getalmatige overwicht. Noorwegen, Denemarken, Finland en Zweden hebben veel overeenkomsten met ons gezondheidszorgsysteem en hadden dan ook veel te bieden waaraan wij onze praktijk kunnen spiegelen. Met 90 deelnemers uit Finland, 55 uit Australië, 60 uit Noorwegen en 40 uit Denemarken was duidelijk hoezeer daar de Dagbehandeling leeft.

Ook China was met 21 deelnemers ruim vertegenwoordigd. Een groot aantal posters en voordrachten maakte duidelijk dat daar een snelle inhaalslag wordt gemaakt, zoals in het academisch ziekenhuis van Sichuan in Chengdu, West-China. Prof. Zhenzong Zhang gaf via een tolk uitleg over de geleidelijke ontwikkeling tot een verzekeringssysteem en de conse-

quenties daarvan voor de ontwikkeling van Dagchirurgie. Tevens werd vergelijkend onderzoek gepresenteerd waarbij bleek dat het dagelijks sturen van Sms'jes naar patiënten, met dezelfde informatie als in brochures te vinden is, effectiever werkt dan conventionele voorlichting. Tevens bleek dat sms-reminders de compliance en de patiënttevredenheid van de patiënten verhogen.

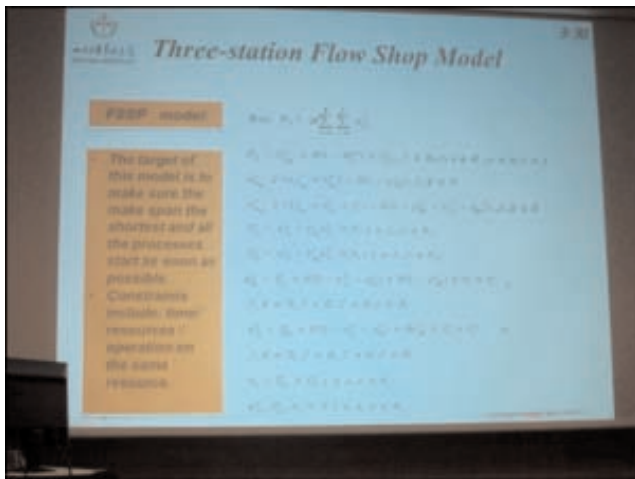


*Prof. Beverly Philip en Jan Eshuis*

Enigszins hilarisch was een presentatie van mw. Bai Xue, verbonden aan het Service Management Institute van Sichuan, waarbij zij een wiskundig model presenteerde voor een vlotte planning waarbij drie variabelen meespelen: Anesthesievoorbereiding, Operatiefase en Recovery. Het model bestond uit een voor het publiek volstrekt niet te bevatten wiskundige formule:

Grappig was ook de presentatie van een zeer gedreven nursemanager die twee bijzonderheden noemde van de Indiase praktijk: omdat patiënten door het chaotisch drukke verkeer vaak te laat komen, worden zij van huis opgehaald door een busje van de dagkliniek. Maar of ze dan ook worden geholpen? De manager meldde dat ze vaak te maken heeft met dokters en verpleegkundigen die gewoon weglopen.

De Nicoll-lecture, de eretoespraak ter herinnering aan de grondlegger van de ambulante chirurgie, de Schotse kinderchirurg dr James H. Nicoll, waarmee elke IAAS-Congres begint, werd gehouden door Prof. Beverly



Philip uit Harvard, Boston. Zij beschreef de geschiedenis, de huidige ontwikkeling en de toekomst van de Dagchirurgie. Daarvoor was er nog een wervende show van Hongaarse volksdancers. De projecten waarin de IAAS meedoet met de Europese Unie werden toegelicht door de Immediate Past President Dr. Carlo Castoro. Dr Ian Jackson, anesthesioloog uit York, UK, is de nieuw verkozen president van de IAAS, en ondergetekende is weer voor één termijn secretaris.

### Zo plannen?

Het sociale deel van het Congres was net zo'n succes als het wetenschappelijke. De paardenshow met woest rijdende Poestaruiters en het daaropvolgende congressdiner zullen bij vele deelnemers lang in het geheugen blijven.

Het is de moeite waard om nu alvast het congresbezoek in Barcelona 2015 te plannen, want de toegangsprijzen zullen niet zo laag zijn als in Hongarije. Met de krimpende toelagen voor congresbezoek biedt sparen misschien de oplossing om toch deel te kunnen nemen, want ook in Barcelona zal de sfeer ongetwijfeld weer uitstekend zijn.

Dr Jan H. Eshuis is lid van het Wetenschappelijk Comité van de IAAS en als anesthesioloog Medisch Coördinator in het AMC Dagcentrum. Meer informatie vindt u op [www.iaas-med.com](http://www.iaas-med.com). Dat is een uitgebreide en zeer informatieve site aan het worden.

## Regiocoördinator Noord-Holland

### Marleen de Waal Malefijt

Graag stel ik mij voor als de nieuwe regiocoördinator voor de NVDK in Noord-Holland. Mijn naam is Marleen de Waal Malefijt. Ik ben getrouwd en heb drie zonen van 24, 22 en 21 jaar en een dochter van 19 jaar.

Ik werk als office manager of, zoals ik het zelf liever omschrijft, locatieleider in Mediance te Schagen. Mediance is de dagbehandelingkliniek van het Gemini Ziekenhuis in Den Helder die deel uitmaakt van de MCA Gemini Groep.

Mijn carrière begon als plotter (planner: red) bij de Koninklijke Marine. Na 13 jaar diende onze eerste zoon zich aan. Ik verliet de marine en zette mijn werk-



Marleen de Waal Malefijt

zaamheden voort als full time moeder. Na een aantal jaren begon ik in de avonden weer wat werkzaamheden buiten het gezin op te pakken, als administratief medewerker bij een aannemer en vastgoedbeheerder.

Mijn interesse voor de gezondheidszorg is altijd wel aanwezig geweest, maar is vooral gegroeid in de jaren dat de kinderen klein waren. Dit deed me later besluiten een cursus medische administratie te volgen en daarna heb ik bij Prismant de opleiding tot Medisch Codeur gevolgd.

Na deze opleidingen ben ik in 2001 als secretaresse anesthesie in het Gemini begonnen. Naast mijn dagelijkse werkzaamheden was daar ruimte om deel te nemen aan diverse projecten. De DBC deed zijn intrede waarvoor ik in de DBC-project en -stuurgroep terecht kwam, ik werkte mee aan de nieuwe huisstijl en aan de ontwikkeling van Planetree binnen het Gemini Ziekenhuis. Hierdoor kwam ik met collega's in contact op bijna alle afdelingen. In 2007 stopte ik als secretaresse en werd ik organisatiemedewerker Poliklinieken.

In 2009 werd ik gevraagd om als projectassistent Mediance mee te helpen op zetten. Mediance zou worden gevestigd in een bestaand pand dat volledig gestript en heringericht moest worden. De organisatie daarvan was een uitdaging maar ook bijzonder veel werk. In 2010 opende Mediance haar deuren en konden de zeven spreekkamers, twee operatiekamers en een röntgenkamer in gebruik worden genomen. Zowel specialisten uit het Gemini Ziekenhuis (Den Helder) als uit het MCA (Alkmaar) maken nu gebruik van Mediance. Mijn werkzaamheden binnen Mediance zijn veelzijdig. Ik bemoei me o.a. met logistiek, administratie, ICT en techniek. Ik ben het aanspreekpunt voor personeel, leveranciers en onderhoudsdiensten. Daarnaast ondersteun ik het management met het maken van maandrapportages, het bijhouden urenregistratie, ziekmeldingen e.d.

Door toedoen van Jacolien Blom, eerst werkzaam als hoofd dagbehandeling Gemini Ziekenhuis, nu ook hoofd Mediance en regiocoördinator Noord-Holland voor de NVDK, kwam ik in contact met de NVDK. Wat mij erg aanspreekt binnen de NVDK is het contact met collega's uit het hele land met de mogelijkheid van kennisuitwisseling, het delen van elkaars zorg maar ook het bespreken van kansen en mogelijkhe-

den. Toen Jacolien begin van dit jaar toetrad tot het bestuur van de NVDK, heb ik met veel plezier haar plaats ingenomen als regiocoördinator Noord-Holland. Ik hoop met de door mij opgedane kennis en ervaring van de afgelopen jaren een steentje bij te kunnen dragen binnen de NVDK.

## Regiocoördinator Oost

**Rosalie Reehorst en Esther van den Bovenkamp**  
Nieuwe regiocoördinatoren voor de regio Oost

Wij zijn beiden werkzaam als Hoofd Zorgteam Dagverpleging in het ziekenhuis Rijnstate, Roos op de locatie Velp en Esther op de locatie Arnhem.



*Rosalie Reehorst en Esther van den Bovenkamp*

Toevallig was onze start in de gezondheidszorg in het zelfde ziekenhuis, Ziekenhuis Ziekenzorg in Enschede, het huidige Medisch Spectrum Twente, waar ook beiden het diploma A- verpleegkundige hebben behaald.

Na mijn diplomering ben ik al vrij snel naar Arnhem verhuisd en heb daar op uitzendbasis in diverse gezondheidsinstellingen gewerkt. In 1991 ben ik als verpleegkundige op de dagverpleging gaan werken en daar is mijn passie voor de dagverpleging begonnen. Na diverse malen te hebben waargenomen als afdelingshoofd ben ik in mei 2009 officieel benoemd tot Hoofd Zorgteam Arnhem.

### **Roos:**

Na mijn diplomering ben ik eerst in Enschede geble-

ven en heb een jaar op de SEH gewerkt. Via wat omzwingingen door het land en na in verschillende ziekenhuizen te hebben gewerkt, ben ik op de kinderopoli van het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen terecht gekomen. Dat beviel mij erg goed, maar ik wilde al gauw meer zelfstandigheid.

De wijkopleiding en de kaderopleiding op de KHSV (Katholieke Hogere School voor de Verpleging) te Nijmegen bleken een goede keuze en na 10 jaar in de wijk werkzaam te zijn geweest was het tijd voor een nieuwe uitdaging.

Dit werd de OK. Uiteindelijk heb ik 17 jaar op de verkoever in Velp en Arnhem gewerkt.

Omdat er ook heel veel andere dingen leuk zijn om te doen, heb ik tussen de bedrijven door de AKI [kunst-academie], de tropen cursus en de clowns opleiding gedaan.

Sinds juni 2009 heb ik een prachtige baan als Hoofd Zorgteam Dagverpleging Arnhem op de locatie Velp. In deze baan kan ik veel kwaliteiten bundelen.

Vanaf de start in onze huidige functies hebben wij beiden direct de samenwerking gezocht. Samen weet je tenslotte meer dan alleen!

## Kameleon

### Nieuwe Dagafdeling Kameleon in het Wilhelmina Kinderziekenhuis Utrecht

Kindvriendelijke inrichting en logistiek volgens Lean Management

Vijf jaar enthousiast experimenteren met Lean Management heeft het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht een uiterst kindvriendelijke en efficiënte afdeling dagbehandeling opgeleverd. Daarbij nauwkeurig gefocust op de psyche van het kind. Als er niet een paar bedden stonden en er niet enkele verpleegkundigen aan het werk waren, zou Dagafdeling Kameleon door kunnen gaan voor een prettige, kleurige lounge-ruimte. Overbodig ziekenhuismeubilair is achterwege gelaten en vervangen door multimedia-apparatuur, speelgoed en comfortabel meubilair waardoor kinderen zich na de dagbehandeling met hun ouders kunnen ontspannen

#### *Ans Ankoné*

Rob Maas, afgestudeerd in Beleid en Management aan de Erasmus Universiteit, leidinggevende op de dagafdeling Kameleon vertelt enthousiast en professioneel over de nieuwe inzichten die de medewerkers van Kameleon zich hebben verworven met het toepassen van de principes van Lean Management. Daarbij zijn alle behandelprocedures, logistieke bewegingen en de inrichting van de dagafdeling in kaart gebracht en van



*Rob Maas*

alle onnodige franje ontdaan. Patiëntveiligheid en kwaliteit zijn toegenomen en de afdeling is uitnodigend voor kinderen om de ingreep snel te doen vergeten.

#### **Vijf afdelingen in één**

Meteen bij binnenkomst ziet Kameleon er al anders uit dan een doorsnee afdeling dagbehandeling. In de brede hal hangen grote zwart-wit foto's aan de muren, de gebruikelijke ziekenhuiskarren en verpleegkundeposten ontbreken en zelfs de verlichting is anders. Het voorraadmagazijn, de opslagruimte en de technische voorzieningen zijn voor in de hal en achter dichte deuren verborgen. "Zodat de aan- en afvoer niet over de afdeling hoeft te gaan. De ondersteunend medewerker zorgt ervoor dat de juiste voorraad op het juiste moment op de juiste plek aanwezig is", aldus Maas





*Kameleon*

Door verandering van inzicht is er veel veranderd in de planning van de diverse specialismen, niet alleen in het UMC Utrecht, maar ook in het WKZ. De afdelingen Jumbo en Pauw die destijds bij de opening van het WKZ zijn gesplitst, zijn nu weer in elkaar geschoven. Vijf afzonderlijke kleine dagafdelingen voor kinderchirurgie en kinderinterne, de functieafdeling urologie, stoma- en incontinentiezorg en de functieafdeling maag-darm-leverziekten (MDL), zijn in Kameleon weer samengevoegd. Daardoor is de communicatie en de operationele aansturing door de leidinggevenden verbeterd in termen van efficiëntie en risicomanagement. De werkprocessen lopen niet meer door elkaar heen, wat ook de veiligheid van de medicatie en de voedingsbereiding heeft verbeterd. Daardoor en doordat specialistische verpleegkundigen en functieassistenten het werk van kinderverpleegkundigen deels hebben overgenomen, kon de personele bezetting met ruim 4 FTE's worden gereduceerd.

#### **De afdeling: geen polsmeter maar de vinger aan de pols**

Kameleon is open op alle werkdagen tussen 7.30 uur

en 17.00 uur. Er is nog maar één inschrijfbalie. De afdeling is een grote open ruimte met lage tussenschotten van rond 1000 m<sup>2</sup>, tegenover de 1400 m<sup>2</sup> die vroeger nodig waren.

Maas: “Het uitgangspunt daarbij was dat alle ruimten 70 procent van de werktijd bezet moesten zijn. Dit vereiste een multidisciplinaire inrichting en gebruik van alle wacht- en pauzeruimten. Er zijn dertien vaste werkplekken ingeleverd voor enkele flexibele werkplekken die voor beperkte tijd kunnen worden gereserveerd en gebruikt. Niemand heeft meer een vaste werkplek en de zorggerelateerde administratie is gescheiden van de niet-zorggerelateerde administratie. Er zijn verschillende werkplekken: een kantoortuin, concentratieplekken, werkplekken voor twee personen en twee bespreekruimten, die voor een groot deel niet gelabeld zijn voor een bepaald gebruik. Bed- en behandelplaatsen zijn flexibel inzetbaar voor alle patiënten en bieden voldoende privacy voor patientjes en ouders zonder dat de verpleegkundigen het overzicht verliezen.”

De verpleegkundigen hebben afstand moeten doen van hun vertrouwde afdelingspost. Zij werken nu op computers op wheels – de oude bedtafeltjes – tussen de liggende en spelende patientjes in en kunnen zo tegelijkertijd een oogje op de kinderen houden. De medicatiekamer heeft voor dat zelfde doel een laag raam.

Medisch technische apparatuur is nauwkeurig beperkt tot het noodzakelijke en is onzichtbaar opgeborgen achter opklapbare kastjes naast de bedden. Zes van de tien bedden staan opgesteld voor transport naar de OK en hebben gordijnen, voor de overige bedden zijn kleurige verplaatsbare schermen beschikbaar. Er is een afgesloten kamer voor geïnfecteerde of kwetsbare kinderen, die echter door de lage ramen toch visueel contact hebben met de kinderen in het loungegedeelte. Er is een ‘spoedbed’ ingericht, met alle nodige apparatuur binnen handbereik, voor patientjes waarbij onverhoopt snel moet worden ingegrepen, bij voorbeeld voor beademing na een anafylactische shock die kan optreden bij allergietesten. Dit spoedbed is buiten het zicht geplaatst.

#### **De behandelkamers zijn door de uniforme inrichting flexibel inzetbaar.**

Ook hiervoor is op basis van Lean Management nauwkeurig geanalyseerd en getest wat werkelijk nodig is, waar wat moet liggen en hoe de werkvoorraad op peil te houden. Veel apparatuur is daardoor overbodig geworden waardoor de gereserveerde budgetten voor andere doeleinden kunnen worden gebruikt.

Maas laat met trots zien dat de meeste kastjes, die de binnenhuisarchitect toch uit voorzorg heeft laten uitvoeren, leeg zijn. Een aantal technische instrumenten heeft moeten plaatsmaken voor het oude-vertrouwde gebruik van gezond verpleegkundig verstand: geen polsslagneters meer, maar de vinger aan de pols, geen routinematig gebruik van de wasstraat voor bedden – die worden ter plekke geboend om verspilling te voorkomen – de ligduur is immers nihil of slechts luttele uren.

#### **Geen bed tenzij...**

“Geen ziekenhuisuitstraling als dat niet nodig is” was het leidend motto bij de inrichting van Kameleon.

“Wij wilden af van de bedden en deze alleen beschikbaar stellen voor kinderen die het echt nodig hebben.

De verpleegkundigen wilden het wel proberen en het blijkt goed te werken. Als kinderen zich beter voelen, gaan zij zich in bed al gauw vervelen en willen dan bij de kinderen zijn die zich een paar meter verderop zo goed vermaken.

“We hebben ook afgerekend met al die technische voorzieningen van vroeger: er was een bedkastje, een klerenkast, een TV en infotainment voor iedere patiënt afzonderlijk. Dat was overbodig, te duur, inefficiënt maar ook te statisch voor deze patiëntenpopulatie van 0 tot 18 jaar. De kinderen lagen na de ingreep een hele middag stokstijf in bed naar de TV te staren. De bedtafeltjes hebben plaatsgemaakt voor lockers, de tv’s voor een gezamenlijk te bekijken groot flat screen. Nu bekijkt een pedagogisch medewerker wat het kind nodig heeft, afhankelijk van de ingreep, angstbeleving, persoonlijke toestand, leeftijd en spelbehoefte. De patientjes worden uitrustmogelijkheid en afleiding op maat aangeboden in de vorm van een bed of een ligstoel, het gebruik van zitkussens, rustige speelplekjes door halfhoge afscheidingen, I-pads, computers en speeltjes. Wij hebben voor alle leeftijden iets: de lange tafels voor gebruik van de computers, kleine ronde tafels om spelletjes aan te doen en lage en hoge zitjes. Het kleurgebruik is vrolijk met appelgroen en oranje, werkklampen en gezellige grote lampen boven de tafels.”

#### **De planning bijgesteld**

“Op de oude afdeling dagbehandeling was het ’s ochtends altijd rennen om het aantal patiënten en de diversiteit aan chirurgische ingrepen het hoofd te kunnen bieden. Van zeven uur tot twee uur was het topdruk en ’s middags was er nauwelijks iets te doen. Daardoor was de afdeling slechts 42 procent van de tijd bezet tegenover 58 procent leegstand. In kinderjargon uitgedrukt leek de bezettingsgraad grafisch weergegeven op een dromedaris, terwijl ik wilde toewerken naar een kameel: twee periodes van drukte.”

Nu behandelen wij de kort liggende patientjes, bijvoorbeeld die voor een interne geneeskundige behandeling komen, vroeg in de ochtend en vroeg in de middag en de ‘lange liggers’ worden ’s ochtends kort na de eerst behandelde groep geholpen, zodat zij toekomen aan een voldoende lange verkoever- en observatietijd. De chirurgische patientjes worden nu nog tussen zeven uur ’s ochtends en een uur ’s middags ge-

holpen, maar mijn plan voor de toekomst is ze nog iets later in de dag te laten behandelen en zo tot drie toppen in de bezettingsgrafiek te komen. Daarmee zouden wij de hoogste graad van efficiëntie bereiken.”

“Voor chronische patiënten ligt het anders. Het bleek dat de planning van onze vervolgspraken vaak in het honderd liep omdat het de chronische patiënten -door zorgafspraken elders- niet schikte. Dus moesten zij telkens bellen om de afspraak te verzetten, of ze kwamen niet. Wij hebben ze daarom gevraagd hun voorkeursdagen en dagdeel op te geven. Daarop konden wij een half jaar inplannen. Op deze manier worden no show en vakantieperikelen nagenoeg volledig voorkomen. Kankerpatiënten die vroeger bij een nacontrole drie tot vier uur moesten wachten, zijn nu in een half uur klaar.”

### De teambuilding

Maas: “Het is duidelijk dat bij de opzet van Kamelon niet over een-nachts-ijs is gegaan. Eerst moest iedereen zich kunnen vinden in het organisatorische besluit over te gaan op Lean Management. Dat betekende dat wij met de artsen en verpleegkundigen alle routinematige handelingen zelfkritisch op efficiëntie moesten analyseren en voorgenomen veranderingen in pilots moesten testen. Duidelijke communicatie over waar en waarom het beter kan is dan van essentieel belang. Ik moet toegeven dat ik soms te clement was omdat ik wel begreep dat het voor sommigen moeilijk was zich te schikken in de nieuwe werkwijze. Het feit dat diverse specialistische dagafdelingen in elkaar werden geschoven, betekende dat verpleegkundigen met verschillende inzichten en gewoonten elkaar moesten respecteren en leren samen te werken. Op dit kinderdagcentrum moet bovendien iedereen all round inzetbaar zijn. Wij vonden de werkscope van sommigen te smal. Dat vereiste aanpassing van werkmethoden en bijscholing. Verpleegkundigen van de kinderchirurgische afdeling en verpleegkundigen die als functieassistente testten deden moesten elkaars vak leren. Sommige verpleegkundigen kregen het in de nieuwe situatie veel drukker. Dat teambuilding-traject heeft inspanning gevergd. Wij hebben veel tijd en overtuigingskracht moeten gebruiken om aan te tonen dat het beter kon. Om het verschil te laten zien hebben wij enkele verpleegkundigen even teruggeplaatst in de oude setting. Toen zagen ze het: de efficiëntiewinst was enorm.”

### De speerpunten

Ook de specialisaties zijn op de schop genomen. Welke speerpunten zijn er overgebleven?

Maas: “De vraag naar dialyse is op grond van een kosten/baten/10jaar-analyse te klein bevonden en afgestoten naar de universitaire dagklinieken in Amsterdam, Rotterdam en Nijmegen en waar mogelijk naar thuisdialyse.

“Anders dan bij de dagbehandeling van volwassenen is het aantal chirurgische ingrepen hier met jaarlijks 2.500 minder dan het aantal interne behandelingen met 3.500. De chirurgische dagbehandeling bestaat uit KNO (rond 500 ingrepen betreffende buisjes, amandelen etc.), Urologie (klepjes, blaasscopieën, onderzoek van incontinentie), Oogheelkunde (rond 500 ingrepen; strabismus etc.) en op MDL-gebied stoma en continenzorg. De internistische ingrepen betreffen Immunologische behandeling met gammaglobuline om de weerstand te verhogen, toediening van Infliximab bij patientjes met auto-immuunziekten als de ziekte van Chronh en Irritable Bowel Syndrome, behandeling van Osteogenesis Imperfecta (broze botten) met bifosfonaat en Oncologische ingrepen als Infusie-therapie en lumbaal- en beenmergpuncties.”

De Oncologie gaat in 2015 over naar het Prinses Máxima Oncologische Centrum dat nu in aanbouw is naast het UMCUtrecht.

Het zet Maas en de zijnen weer voor nieuwe uitdagingen: “Dat wordt weer uitrekenen hoeveel ons dit scheelt. De zorg is constant in beweging, maar de vergoedingen lopen daarmee niet in de pas. Bij veel ingrepen zijn de vergoedingen aan een herwaardering toe.”

## E-Health

**Genezen met de tablet of met een tabletje?**

**E-Health kan de kostengroei beteugelen en zelfs besparingen opleveren**

E-Health lijkt de wereld te veroveren en de verwachtingen over de resultaten ervan zijn hoog gespannen. Veel artsen zijn echter nog sceptisch over het nut. Toch heeft de VvAA een groep voorlopers van vijfhonderd jonge artsen en paramedici weten te verenigen in de organisatie Mobile Doctors. Want het gaat snel met de E-Health. Wist u dat er al 40.000 medische apps bestaan? Om wildgroei te voorkomen moet die appstortvloed worden geordend, geapprecieerd en gecertificeerd, was de conclusie tijdens een debat bij de VvAA, onder leiding van de gewiekste journalist Harmke Pijper van BNR-radio

### *Ans Ankoné*

E-Health is een ruim begrip dat rust op twee peilers. Internetzorg: de mogelijkheid voor patiënten om zorgzaken via het internet te regelen, en m-Health: het aanbieden van informatie over gezondheid door middel van mobiele apparaten. Hierbij worden smartphones, tablets en gespecialiseerde mobiele medische apparatuur ingezet voor monitoring op afstand, online consultatie en inzage in het eigen medische dossier. Minister Edith Schippers van VWS zet flink in op E-Health en heeft de patiënten (NPCF), de zorgprofessionals (KNMG) en de zorgverzekeraars (ZN) aangespoord om er een Nationale Implementatieagenda voor op te zetten. Het is de bedoeling om het gebruik van E-Health zo snel mogelijk op te schalen.

### **Wat bieden die 40.000 medische apps?**

De recent genomineerde app 'Moet ik naar de dokter?' is in Nederland misschien wel de meest baanbrekende. Het is een initiatief van Gert-Jo van Doornik van de huisartsenpost Apeldoorn, ontwikkeld in samenwerking met Van Campen Consulting. Tegen een kleine betaling geeft de app antwoord op vragen over de eigen gezondheid of die van uw kinderen en adviseert wat te doen: of de huisarts te bellen of met spoed naar de huisarts of de huisartsenpost te gaan of direct 112 te bellen. Daarbij worden de gegevens vermeld van de eigen huisarts en de dichtstbijzijnde huisartsenpost. Het advies wordt gebaseerd op korte vragen over de klachten, die de gebruiker met 'ja' of 'nee' kan beant-



woorden. Het is de eerste app met een CE-keurmerk (keurmerk van de Europese Commissie). De app is nu één jaar in de lucht en met 500.000 downloads door 40.000 gebruikers al intensief geraadpleegd.

Patiënten, huisartsen en verpleegkundigen zijn enthousiast over de gebruiksvriendelijkheid van de app en beschrijven de toegevoegde waarde (8 tot 10) met: correctheid van de informatie, wegnemen van onzekerheid en onnodige consultaties en zelfredzaamheid. De zorgverzekeraars hebben al hun interesse getoond vanuit de verwachting dat met deze app een aantal belangrijke doelen kan worden bereikt: als kostenbesparing door reductie van huisartsbezoek en stimulering

van zelfregie bij patiënten.

Van Doornik: “De app ‘Moet ik naar de dokter?’ is gebaseerd op triages door huisartsen en vertaald in patiëntentaal. Wij zijn bezig deze app door te ontwikkelen voor het maken van digitale afspraken en het doorsturen van cameraopnames die de patiënt van zichzelf maakt en via de I-phone gecodeerd naar de arts kan zenden. Als dit het gemiddelde huisartsbezoek van gemiddeld vier keer naar drie keer jaarlijks terugbrengt, is de winst al enorm.”

In Nederland zijn momenteel rond 300 apps ontwikkeld. Zo zijn er apps voor patiënten met de ziekte van Crohn en colitus ulcerosa waarmee zij hun toestand kunnen monitoren, tips raadplegen voor een adequaat eetpatroon en zelfs het dichtstbijzijnde toilet kunnen vinden. Voor diabetespatiënten is er de iBGStar mmol/L Diabetes Manager Application waarmee zij hun glucosewaarden, koolhydraatname en insulinedosis kunnen meten. Daarnaast kan de patiënt zelf grenswaarden voor hypo-/hyperglykemie en maaltijdschema's instellen en notities bij de glucosemeetwaarden invoeren, als informatie over voeding, lichaamsbeweging, medicijnen of gezondheidsproblemen. Met de Graphico-groecurve kunnen ouders in de eerste vijf levensjaren de toename in lengte, gewicht en hoofdomvang van hun kinderen meten, waardoor deze data bovendien op grote schaal wetenschappelijk kunnen worden bestudeerd. De app EHBO-Rode Kruis geeft korte en bondige instructies over wat te doen en vooral niet te doen in gevallen van nood zoals bij brandwonden, valpartij en vergiftiging. De app FysiOtherapy gebruikt 3D-animatietechnieken met voorbeelden van oefeningen die de fysiotherapeut heeft voorgeschreven. Er zijn apps voor borstkankerpatiënten, apps voor medicatiegebruik, apps voor tips en oefeningen voor patiënten die last hebben met ademen of bij hyperventilatie, angst, paniek of stress.

Veronique Mathijsen, vrijwilliger bij de Kennisgroep Ervaringsdeskundigen van het Longfonds gebruikt twee apps: MijnAstma van GSK en Longpas van AstraZeneca. Beide apps bieden diensten, informatie en ondersteuning voor astma- en COPD-patiënten: “Ik krijg hierdoor tijdige informatie over medicatie, de pollenindex en vervuiling op de plek waar ik ben en – aan de hand van een vragenlijst – een objectief beeld van mijn toestand zodat ik kan bijsturen. Deze apps hebben de

frequentie van mijn bezoeken aan huisarts en specialist beslist verminderd en ik ben met mijn eigen onderzoeksdata op zak beter voorbereid bij een fysiek consult.”



*Harmke Pijper*

### **Hoe wildgroei apps te beteugelen? Hoe staan wij ervoor?**

Anton Ekker, zelfstandig advocaat en juridisch adviseur bij het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NIC-TIZ) en gespecialiseerd in E-Healthrecht, adviseert over de inrichting van het elektronische patiëntendossier (EPD), patiëntenportalen en beeldenuitwisseling: “Volgens een rapport van de Europese Commissie over het E-Health Action Plan loopt de zorgsector achter. De oorzaak daarvan is onvoldoende vertrouwen en bewustzijn over het nut van E-Health voor de patiëntenzorg, slechte aansluiting op mobiele mogelijkheden en onduidelijkheid over de juridische consequenties van het gebruik.”

Niet alle apps zijn te vertrouwen. Zo was de app voor Huidkanker ronduit slecht. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil de wildgroei van apps aanpakken door striktere handhaving van de kwaliteit van apps die als medisch hulpmiddel worden aangeboden, bij voorbeeld voor het meten van lichaamsfuncties of diagnostische hulp. Indien een app-ontwikkelaar zich niet aan de veiligheidseisen houdt kan dit een boete van € 900.000 opleveren.

Het keurmerk van de Europese Commissie (CE Keur-

merk) betekent dat de app ten minste voldoet aan de minimumeisen voor gezondheid, veiligheid en milieu.

Van Doornik: “De patiënt kijkt echter niet naar een Keurmerk maar naar wie er achter staat. Als de huisarts de app aanbeveelt, is het goed.”

Uiteraard wordt meteen gevraagd of het verzenden van gegevens via een I-Phone naar de behandelend arts wel veilig is. Ekker meent dat de privacywetgeving, de WGBO[i], het beroepsgeheim en richtlijnen voor artsen inzake E-mailconsult de patiënt voldoende garanties bieden.

### Nauwelijks dokters in de E-Health store

De Fyra-achtige commotie over het EPD doet kennelijk weinig aan af aan de optimistische verwachtingen van de apps. Is dat terecht? Zijn dokters al zover dat ze E-Health en met name die honderdduizenden apps omarmen? Kennelijk niet. Richard Faas, manager Innovatie en Business Development bij de VvAA weet uit recent onderzoek van de VVAA dat het mobiele berichtenverkeer onder artsen slechts aarzelend van de grond komt.

“ Slechts 16% van de huisartsen communiceert mobiel. Uit onderzoek van het NIVER blijkt dat 13% van de artsen het gebruik van E-Health zelfs afraadt en dat nog maar weinig artsen bekend zijn met apps. Duizenden apps zijn nog niet gecontroleerd. De VvAA heeft daarom samen met de KNMG het ‘Arts en Apps’-programma ontwikkeld, een app gebaseerd op software die elke dag zoekt naar relevante medische apps in de Appstores van Apple en Android. Het is de bedoeling de 40.000 apps te categoriseren en te analyseren.”

De problemen doen zich vooral voor bij de aanbodgestuurde apps. Apps zijn per definitie beter als het voldoet aan de behoefte van patiënten, dus probleemoplossend werken, door artsen en verpleegkundigen worden ondersteund en waarbij verzekeraars de bakens aangeven: dus vraaggestuurde apps.

Het VvAA-onderzoek leert dat artsen niet om apps maar om probleemoplossingen vragen en niet weten dat dit via een app kan. Zij nemen er bovendien de tijd niet voor, denken dat buitenstaanders geen medische apps kunnen maken en klagen over het resultaat. De oplossing hiervoor is artsen mee te laten denken en inspraak te geven bij de ontwikkeling van een app. Neu-

roloog in opleiding aan het AMCM, Pieter Kubben, heeft er zelf drie ontwikkeld, waarvan NeuroMind een van de meest gedownloadede neurochirurgische apps ter wereld is, die bovendien officieel door zijn beroepsgenoten wordt ondersteund.

Dan zijn er nog twee problemen: de financiering van verantwoorde apps, die niet zozeer op innovatie als wel op duurzaamheid moeten zijn gericht. Geen enkele partij lijkt in staat de ontwikkeling solo te kunnen financieren. Daarom wordt er steun gezocht bij de zorgverzekeraars. Welk doel wordt daarmee nagestreefd?

Hans Hopmans, manager bij de divisie Zorg & Gezondheid bij Achmea en een van de initiatiefnemers van E-HealthNu, een platform dat E-healthdienstverlening moet versnellen: “Apps moeten ook toegevoegde waarde bieden in de zin van kostenbeheersing en nog beter: kostenbesparing hoewel, er is nog een ander doel dat worden nagestreefd: substitutie van zorg om de financiële toegankelijkheid te kunnen garanderen. Het NIVEL[ii] voorspelt dat er €400 miljoen mee kan worden bespaard. Maar slechts 18% van de artsen verwacht dat medische apps besparend werken. Hun motivatie om appgebruik bij hun patiënten te stimuleren is daardoor nog gering.

### Nelie Kroes: “Afrika slaat fase over”

Toch heeft AMREF Flying Doctors Nederland een vliegende start gemaakt.

Jacqueline Lampe, directeur van AMREF Flying Doctors Nederland: “De gezondheidszorg in Afrika moest worden verbeterd. Hoe doe je dat in een continent met meer dan 35 landen? De organisatiestructuur voor voldoende en snel klassikaal onderwijs ontbreekt in Afrika, maar er is voldoende kennis en de jonge generatie in Kenia is zeer innovatief. Wij hebben nu een E-Health Award gewonnen door in 2005 samen met de Keniase minister van Volksgezondheid een E-learning-programma op te zetten waarmee verpleegkundigen hun kennis op peil houden, daarbij persoonlijk worden begeleid, informatie downloaden, met medecursisten communiceren en zelfs examen doen. Bij gebrek aan laptops gebeurt dit via mobiele telefonie. In plaats van 100 professionals klassikaal op te leiden, bereiken wij nu 1000 studenten en gaan toe naar 35.000. Wij hebben dit programma heel pragmatisch in kleine

stappen opgezet, niet gewacht tot de hele financiering rond was en het al doende doorontwikkeld. Resultaat: de kwaliteit van de zorg is met een kwart verbeterd en het slagingspercentage van de verpleegkundigen is toegenomen van 79 naar 95%.

Jacqueline Lampe, directeur AMREV Flying Doctors Nederland: “Vergis je niet: als een Massai geen bereik heeft, loopt hij met zijn mobieltje naar een hoge boom”

“Leer van een ander, probeer niet het wiel opnieuw uit te vinden. In 2004 hadden we tevens telemedicine opgezet, onder andere voor preventieadviezen. Vergis je niet: als een Massai geen bereik heeft, loopt hij met zijn mobieltje naar een hoge boom. Patiënten hebben direct contact met de arts.”

“Waarom is het in Nederland vaak zo moeilijk om iets nieuws door te voeren?” vraagt Hofmans. “Wij hebben last van de remmende voorsprong. Wij hebben alle kennis, maar zijn weinig flexibel en wachten te lang op perfectie. Laat de apps maar komen en scheidt daarna het kaf van het koren, anders frustreren we de innovatie in de knop.”

Over de angst voor fragmentatie van E-Health door zoveel mogelijkheden zegt NICTIZ-jurist Ekker: “Verschillen in databestanden en mobiliteit van de data zijn nog problematisch en de beveiliging via toegangsprofielen is ingewikkeld. Er is behoefte aan standaardisatie.”

#### De stille revolutie van E-Health

Wanneer artsen wordt gevraagd naar het meest succesvolle instrument voor kwaliteitsverhoging in de toekomst, dan zien zij in E-Health juist de hefboom onder het motto: “Patiëntbeleving geeft aan waar de therapie succesvol is.”

“De E-Health-revolutie begint bij individuen”, vindt Kubben en “De komende tien jaar zullen kleine bedrijfjes op grote schaal zorgdiensten opzetten, voorspelt Hofmans: “Deze nieuwe bedrijfstak zal een revolutie in de zorg veroorzaken. De medische wereld moet zich daarin engageren.”

Dermatoloog Leonard Witkamp werkt zeer succesvol met telediagnostiek en -consultatie: “75% van de patiënten hoeft niet meer naar de dermatoloog. Het is een stille revolutie.”

De vraag is wel: hoe zijn deze verworvenheden van individuele resultaten uit te rollen naar een breed publiek?

Hofmans pleit ervoor de bal terug te spelen naar de industrie: “Wij moeten tot precompetitieve afspraken met de industrie zien te komen om. Alle betrokkenen moeten over hun eigen schaduw heen springen om een maatschappelijke mismatch in E-Health te voorkomen.”

De VvAA heeft intussen het telefonieaanbod ‘VvAA mobiel’ ontwikkeld dat beschikbaarheid, veiligheid, transparantie, service en ledenvoordeel biedt. Er wordt tevens onderzoek gedaan naar een Keurmerk met als doel gekeurmerkte apps onder te brengen in de aansprakelijkheidverzekering. Het VvAA-netwerk van ruim 500 professionals is intussen ijverig bezig via LinkedIn ideeën uit te wisselen en collega’s te helpen bij de verdere ontwikkeling van E-Health.”

[i] WGBO: Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

[ii] NIVEL: Nederlands Instituut voor onderzoek in de Gezondheidszorg

## Patiënt & Zorgrecht

Stichting Patiënt & Zorgrecht

Bewaakt vrije artskeuze en concurrentie

De positie van de patiënt wordt in de praktijk te weinig centraal gesteld. Daardoor komen belangrijke doelen van de Zorgverzekeringswet van 2006, concurrentie en vrije artskeuze, onvoldoende tot hun recht en treden er neveneffecten op die daarop averechts werken. De oprichters van de Stichting Patiënt & Zorgrecht beogen met de stichting de belangen van de zorgconsumenten te behartigen en transparantie, rechtvaardigheid en objectiviteit in het zorgbeleid en de uitvoering ervan scherp te bewaken en te stimuleren

### *Ans Ankoné*

Het recht van de patiënt zit in de Zorgverzekeringswet van 2006 verweven doordat het systeem is gericht op door de overheid gereguleerde marktwerking. De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht voldoende en kwalitatief goede zorg in te kopen voor een redelijke prijs. Zij kunnen alleen de beste zorg bij de beste zorgaanbieder inkopen als de zorgaanbieders inzicht geven in kwaliteit en prijs van de zorg die zij leveren. Die plicht tot inzage is eveneens wettelijk geregeld. De zorgconsument kan op de zorgmarkt vrij kiezen met welke zorgverzekeraar of zorgaanbieder in zee te gaan, waarbij de zorgverzekeraar zijn verzekerde zo nodig als een goede agent dient te ondersteunen bij het kiezen van de juiste zorgaanbieder. Inefficiëntie en ineffectiviteit van zorg zouden door de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars en aanbieders worden geëlimineerd, verwachtte de overheid, zodat de patiënt zorg op maat zou krijgen en prijsefficiëntie de toegankelijkheid van de zorg zou blijven garanderen.

### **Dat valt tegen, in de praktijk.**

De overheid moet constateren dat het onvoldoende is gelukt de zorgkosten te beteugelen. De zorgpremie staat onder druk. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars betichten elkaar van fraude en de patiënt wordt geconfronteerd met beperking van keuzevrijheid.

### **Hoe is dit mogelijk?**

Is het stelsel nog niet volledig in werking getreden – en zoals de minister aangaf: 'stuck in the middle' – is het onvoldoende werkbaar of is het uitgewerkt? Is er

sprake van the seven years itch en zijn de veldpartijen zeven jaar naar de stelselwijziging op elkaar uitgevochten en zoeken hun eigen weg? Een ding is zeker: de marktpartijen zijn nogal onwillig om zich door de wet te laten sturen. Het stelsel is volgens sommigen te complex waardoor de effecten van de gereguleerde marktwerking nauwelijks zijn te voorspellen en te controleren. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is onvoldoende in stelling als onafhankelijke marktmeester. De verantwoordelijkheden tussen NZa, DBC- Onderhoud en het College voor Zorgverzekeringen zijn onvoldoende transparant en toetsbaar. Anderen beweren dat de overheid de sociale houding van de vroegere ziekenfondsen heeft overschat en hun macht nu zij particuliere zorgverzekeraars zijn geworden, heeft onderschat. Het principe van patiëntgestuurde zorg lijkt gefrustreerd.

“De invloed van de zorgverzekeraars is groot, maar de invloed van de patiënt op de zorgverzekeraar is klein omdat het contracteerbeleid nog onvoldoende voldoet aan de belangrijkste criteria: objectief, transparant, relevant en meetbaar. De invloed van de patiënt is echter cruciaal wil dit systeem van checks and balances functioneren. Vooral dat laatste inzicht is aanleiding tot de oprichting van Patiënt & Zorgrecht”, aldus de oprichters.

Selectief contracteren versus vrije artskeuze

Wat gaat de Stichting Patiënt & Zorgrecht doen?

De stichting gaat de belangen behartigen van zorggebruikers en een platform bieden aan zorgconsumenten die geconfronteerd worden met belemmeringen om hun recht op zorg te realiseren. Het achterliggend doel daarbij is de maatschappelijke discussie over de beleidsontwikkelingen in de zorg te stimuleren door ongewenste effecten te traceren en het beleid, bij het maken en uitvoeren, te ijken op transparantie, gelijkheid en objectiviteit.

### **Een voorbeeld van een ongewenst effect.**

Op basis van contractsvrijheid kunnen zorgverzekeraars zorg inkopen bij door hun geselecteerde preferente zorgaanbieders. Met 'preferent' wordt verondersteld dat de gecontracteerde aanbieders zich in kwaliteit en prijs aantoonbaar onderscheiden van andere zorgaanbieders en bij hun zorgverlening vol-



doen aan de noden en wensen van de verzekerden. Een zorgverzekeraar moet als vertegenwoordiger van zijn verzekerden dus duidelijk uitleggen waarom hij gecontracteerde aanbieders als preferent kwalificeert en daaraan ontbreekt het nogal eens. Bovendien moet hij de noden en wensen van de verzekerden kennen om gericht zorg te kunnen inkopen. In de Zorgverzekeringswet is daarom de verplichting opgenomen dat verzekerden een redelijke mate van invloed op het beleid moeten hebben. De invloed van de zogenaamde Cliëntenraden lijkt bij sommige verzekeraars echter een wassen neus.

Een ander voorbeeld waarbij wordt afgeweken van de geest van de Zorgverzekeringswet. Om concurrentie tussen aanbieders te vergroten en patiëntgestuurde zorg af te dwingen heeft de wetgever het recht van vrije artskeuze in de wet opgenomen (artikel 13.1 Zvw). Bij een naturapolis is dit recht beperkt omdat de verzekerde aangewezen is op de instelling of de arts waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten. Als de verzekerde naar een andere aanbieder gaat, moet hij doorgaans bijbetalen. Dat is anders bij een restitutiepolis waarmee keuzevrijheid van de consument overeind blijft. In haar brief van 26 maart 2012 heeft Minister Edith Schippers haar voornemen tot afschaffing van artikel 13.1 Zvw, dus van keuzevrijheid, onderbouwd met het argument dat de zorgverzekeraar daardoor beter wordt gefaciliteerd in zijn taak selectief doelmatige zorg in te kopen. Bij verdere beperking van keuzevrijheid wordt de financiële drempel nog hoger om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Bovendien kunnen zorgaanbieders als Zelfstandige Behandelcentra slechts tot de markt toetreden wanneer zij een contract hebben met een zorgverzekeraar. Daarmee wordt de kern van de marktwerking, concurrentie, gefrustreerd en de macht van de zorgverzekeraars aanzienlijk vergroot, ten koste van die van de zorgconsument.

Patiënt & Zorgrecht wil de rechten van de patiënt bewaken door bij te dragen aan informatievoorziening, bewustwording en empowerment van de zorgconsumenten.

De activiteiten daarvoor zijn:

- Ter beschikking stellen van een website met informatie over de effecten van algemeen beleid op verschillende terreinen van de zorg waaronder consequenties van het door de overheid uitgezette beleid, polisvoorwaarden van zorgverzekeraars, contracteerbeleid, beleid ten aanzien van de beschikbaarheid van geneesmiddelen, juridische uitspraken met betrekking tot geschillen in de zorg en de consequenties daarvan;
- Actief benaderen van de zorgconsument met relevante informatie en mogelijkheden via de website en het verspreiden van informatie via de media en andere beschikbare kanalen;
- Ter beschikking stellen van (objectieve) kennis over de internationale stand van wetenschap en praktijk met betrekking tot beschikbare therapieën en medicijnen zodat vrijheid van therapiekeuze wordt versterkt;
- Empowerment bewerkstelligen door zorgconsumenten de mogelijkheid te bieden lopend beleid bij de rechter te laten toetsen op rechtmatigheid;
- De Stichting gaat consumenten ondersteunen bij het contact met de zorgverzekeraar over uitbetaling van vergoedingen waarop de patiënt rechtens aanspraak kan maken, door patiëntengroepen te informeren over hun rechten en mogelijke procedures en ze daarbij te voorzien van argumenten en namens de consument te overleggen met zorgverzekeraars;
- De Stichting biedt ondersteuning bij het indienen van handhavingvragen bij de NZa door een bezwaarschrift of het voeren van bezwaar- en beroepsprocedures bij het CBB tegen de NZa of de NMa, en bij het voeren van juridische procedures gericht op het afdwingen van naleving van wettelijke bepalingen.